Compte rendu du Comité technique régional de l'information médicale (Cotrim)
Réunion du 18 novembre 2014

C. Hemery

Assistent à la réunion :

- Dr HEMERY – MISP, ARS, président
- Dr BERCHERY – Médecin DIM, Institut Claudius Regaud
- Dr BESSE – Médecin DIM, Clinique Pasteur
- Dr BICHARA – Médecin DIM, Clinique de l'Union
- Dr BRAMAN – Médecin DIM, interim Hautes Pyrénées
- M CHALLET – Statisticien, Suivi des données, ARS
- Dr DESBOEUF – Médecin DIM, CH Lavaur
- M DUCROS – Statisticien, sous directeur ARS, suivi des données, études et statistiques
- Dr GAULENE – Médecin Conseil, ARS
- Dr GUALINO – Médecin DIM, Clinique Cave, Montauban
- Dr HARANT – Médecin DIM, CH Figeac + petits ETS
- Dr JONCA – Médecin DIM, Hôpital Joseph Ducuing
- Dr LARROQUE - Médecin DIM, Clinique Ambroise Paré
- M LUCIDO – FEHAP, Hôpital Joseph Ducuing
- Dr MARCHAL – Médecin Conseil, ARS
- Dr NAPOLEON – Médecin DIM, Clinique Sarrus Teinturier et Saint Nicolas
- Dr KICK – Médecin DIM, CH Castelsarrasin Moissac
- Dr PALAS – Interne DIM, CH d'Albi
- Dr PESLIN – Médecin DIM, Clinique du Parc / Languedoc
- Dr PETIOT – Médecin DIM, CHU
- Dr ROUZAUD – Médecin DIM, CH d'Albi
- Dr RUIZ - Médecin DIM, CH Albi, chargé de mission ARS
- Dr STEINBACH – Médecin DIM, CHIC Castres-Mazamet

Absents excusés :

- M BAILLET – FHP, Polyclinique du Sidobre, Castres
- Dr LAFFONTAN – Médecin, AROMSA
- M MARIAGE – FHF, Directeur financier CHU
- Pr MOLINIER – Médecin DIM, CHU
- Dr TREMEL – Médecin, AROMSA

La convocation est adressée à l'ensemble des membres titulaires (21) et suppléants (14).

La séance est ouverte à 14H30, le président remercie les 23 personnes présentes, qui ont du mal à tenir dans la seule salle disponible à cette date, prévue en principe pour une quinzaine de personnes.

1) Approbation du compte rendu de la séance précédente du 27 mai 2014

Le CR a été adressé par messagerie le 21/07/2014.
Pas d'observation, le CR est adopté.

Les compte rendus approuvés sont disponibles en ligne sur le site de l'ARS sous l'onglet: « concertation régionale », puis « instances d'expertise ».
http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/Le-COTRIM.102694.0.html

2) Mise à jour des membres

Le président du Collège des DIM, le Dr STEINBACH informe le Cotrim que le Dr ROUZAUD prend la place laissée vacante par le Dr HORNUS chez les DIM du secteur public.

Le Dr HARANT, qui prend une retraite bien méritée, participe à son dernier Cotrim et un pot de départ sera servi en fin de réunion par le collège des DIM.

3) Bilan des campagnes de contrôles T2A 2013. Invités le Dr LE MAUFF, Dr ROUSSEL, ERSM

Le bilan présenté par le responsable de la cellule T2A et son adjoint, est quantitatif et porte sur les années 2006 à 2013.

Chaque année les contrôles ont porté sur 12 à 13 établissements, comportant 20 à 30 % de cliniques.

Chaque établissement a été contrôlé au moins une fois. Du fait du volume et de la variété de son activité, le CHU est contrôlé chaque année.

Le taux de GHS contrôlés est un peu sous l'objectif national de 1%, et se situe entre 0,4 et 0,7 %.
Ce taux cible de 1% appliqué au CHU représenterait 2400 séjours.
Le nombre de séjours contrôlés est passé de 4000 à 6000.

La proportion de séjours courts était plus importante au début et comportait en moyenne 20 % d'anomalie, celle des séjours longs est maintenant plus importante et comporte 30 % d'anomalie.

Les désaccords sont plus nombreux dans le secteur privé.

Le volume des indus est en baisse dans le secteur privé et plus important dans le secteur public.
Il n'y a pas eu de sanction pour l'année 2011 en raison du contexte juridique (décret).

La présentation est en fichier joint : ctl t2a_COTRIM 2014 11 18.pdf

4) Chirurgie ambulatoire, suite, constitution d'un groupe de travail.

La chirurgie ambulatoire est évaluée par les ARS et l'Assurance Maladie (AM).

Pour ce faire, différentes méthodes sont validées nationalement, et utilisées régionalement pour réaliser ces constats :

1. Soit à partir de sélections de GHM et de comparaison intra-GHM portant sur les durées de séjour,
2. Soit à partir de sélections d'actes CCAM réalisables en ambulatoire, regroupés en gestes, permettant la détermination d'un pourcentage de chirurgie ambulatoire, qui, en deçà d'un seuil, peut entraîner une mise sous entente préalable.

Une fois ces traitements réalisés, la plupart des établissements analysent en interne ces résultats et souhaitent évaluer leur potentiel de chirurgie ambulatoire, en relation avec les praticiens réalisateurs. C'est dans ce cadre que se situe notre groupe de travail.

Peut-on, à partir de données supplémentaires, déjà recueillies dans le cadre du PMSI MCO, évaluer plus finement le potentiel de chirurgie ambulatoire avec les chirurgiens ?

Selon la méthodologie utilisée, les taux de prise en charge ambulatoire, constatés ou potentiels, sont très variables; à titre d'exemple, pour le premier semestre 2014 et l'ensemble des établissements de Midi-Pyrénées participant au PMSI MCO, ces taux varient de :
1. 62.3% si on évalue à partir des 111 racines de GHM de sévérité 1 et J,
2. 41.9% si on évalue l'ambulatoire des GHM en C,
3. 85.8% si on évalue le potentiel ambulatoire des 216 actes CCAM, après avoir appliqué différents critères d'exclusion portant sur : les niveaux de sévérité, modes d'entrée, de sortie, l'absence de suppléments journaliers, la présence d'1 seul acte, les modificateurs associés à l'acte, les classes d'âge, le bassin de résidence identique ou non au bassin de l'établissement...
=> Résultats initiaux dans le Document de travail n° 5 joint.

Le groupe de travail constitué pour réfléchir à l'application de cette méthodologie comprend : les Docteur Jean Ruiz (coordinateur), Anne Rouzaud (CH Albi), Didier Fabre (CHU), Natasha Peslin (Capio), Patrick Besse (Pasteur), Olivier Gualino (Dr Cave), Jean-Christophe Steinbach (CH Castres M.), Georges Kick (CH Castelsarrasin M.), Denis Ducros (ARS), Déborah Palas (CH Albi), Charles Hemery (ARS).

5) Prise en charge de pathologies rares : bilan des troubles des apprentissages

Intervention du Dr WILLIG pédiatre, clinique Ambroise Paré, animateur du réseau PTIMIP, Dr CAPDEPON, CH de Tarbes et Dr KARSENTY, CHU.

Ces médecins présentent aux participants le futur dispositif régional de prise en charge des troubles spécifiques de l'apprentissage et des troubles associés.
Il rappelle que ces troubles comprennent la dyslexie, les dyspraxies, les troubles du langage et que ceux-ci sont très souvent intriqués. On dénombrerait près de 2000 nouveaux cas annuels.
Ces troubles doivent être précocement détectés du fait de leurs importantes conséquences individuelles et sociétales et du bénéfice des soins précoces.

Le PRS et le SROS préconisent qu'il y ait dans notre région deux centres de référence (Tarbes et Toulouse) qui sont des centres de recours pour les pathologies sévères et au moins un centre de compétences par territoire de santé. Certains existent déjà et d'autres doivent être créés : ils ont pour mission d'assurer l'évaluation pluridisciplinaire des troubles de l'apprentissage et assurent le lien avec la médecine de ville (médecins généralistes, orthophonistes, CMP, CMPP, éducation nationale) qui réalise la prise en charge des troubles simples. Ces centres de compétence sont ou seront adossés à des établissements hospitaliers ou à des CMP ou CMPP.
Un cahier des charges est établi entre les centres de référence et les centres de compétence, et validé par l'ARS.

D'un côté, si la prise en charge n'est pas couverte par l'ex MIG-FIR, le Cotrim propose que la facturation des séjours des enfants puisse être faite en application de *la **circulaire frontière**** : pour de jeunes patients de moins de 17 ans, présentant un trouble avéré des apprentissages, avec la nécessité de bilans pluri-professionnels (neuro-pédiatre, orthophonistes, psychologues, psychomotricien, ergothérapeutes), avec une synthèse diagnostique ou thérapeutique par le médecin référent.
Une des conditions nécessaires pour envisager la prise en charge de ces séjours par la T2A serait la présence constante dans le dossier médical du patient des comptes rendus écrits et signés de chaque intervenant, y compris bien sûr la synthèse médicale par le médecin référent. Faute de traçabilité des actes réalisés lors des soins, la prise en compte d'un séjour de soins au titre de la circulaire frontière serait, en tout état de cause, impossible.

D'un autre côté, il apparait que la prise en charge, particulièrement au stade du bilan, de ces pathologies rares relève d'une dotation spéciale dans le cadre des missions d'intérêt général (ex MIG-FIR).
Le CHU bénéficie d'une MIG d'environ 800 000 € pour un nombre de prise en charge de 254 patients en 2013. Le CH de Bigorre (Tarbes) a quant a lui perçu environ 130 000 € pour 148 séjours.
Les consultations externes médicales et les séances d'orthophonie peuvent être facturées par ailleurs sur le risque assurance maladie.

Un rapport d'évaluation des besoins, de l'activité des centres de référence et de leurs bilans financiers, permettrait de se faire une idée plus précise de leurs besoins de financement.

Il faut observer que le Cotrim est une instance consultative de concertation et d'expertise et n'engage pas la décision de l'Assurance maladie et des médecins contrôleurs.

* : Instruction N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée.

6) <u>Le traçage des bilans pour fragilité chez les personnes âgées</u>

Le Dr MEDOU nous rappelle que des bilans sont réalisés à titre expérimental en Midi Pyrénées, chez des personnes âgées dont la « fragilité » est repérée au domicile par des médecins généralistes. Ces bilans sont actuellement réalisés en hôpital de jour.

Sans présumer du mode de financement précis à terme de ces bilans, il est demandé que ces séjours puissent être dénombrés, et donc suivis dans le PMSI.

Un code CIM10 est proposé : **Z00.6** Examen de comparaison et de contrôle dans le cadre d'un programme de recherche clinique**.**

Les médecins DIM refusent de prendre l'initiative d'utiliser ce code pour ces séjours si le médecin gériatre ne le fait pas figurer expressément dans le dossier.

Une demande sera adressée dans ce sens aux médecins gériatres des Equipes régionales vieillissement prévention de la dépendance (ERVPD), et des Equipes territoriales (ETVPD).

7) Information sur Syrius

Les informations sur le système de recueil de l'information des urgences est en ligne à l'adresse http://sap.atih.sante.fr/syrius/ et comporte le mode d'emploi du dispositif, le format des RPU et l'architecture du système prévu par l'instruction **N° DGOS/R2/DGS/DUS/2013/315 du 31 juillet 2013** relative aux résumés de passage aux urgences.

8) Utilisation des bases régionales par un DIM, exemple du Dr STEINBACH

Après un rappel des éléments constitutifs de l'information médicale contenue dans le PMSI MCO, les modalités d'accès aux bases sont présentées.

- Par l'ARS (site Télésanté) pour les DIM des établissements ayant souscrit la convention de mise à disposition entre le directeur de l'établissement et le DG ARS. Les bases des 4 champs sont disponibles sans données ANO de chaînage. La déclaration CNIL (déclaration simple) est celle de l'ARS d'une part pour cette mise à disposition, et celle de chaque établissement pour la mise en œuvre et l'exploitation des données du PMSI.
- Par l'ATIH qui vend les bases chaînées nationales ou régionales, sur présentation d'une autorisation CNIL spécifique pour analyser les bases chaînées.

Le Dr Steinbach, après avoir obtenu en 2 ans l'autorisation CNIL, a donc commandé et obtenu la base nationale chainée (2013).

C'est une base de très gros volume une fois décompressée qui nécessite des outils spécifique pour son exploitation.

La mission d'accompagnement régional à la tarification à l'activité des Pays de Loire (MARTAA, http://martaa.free.fr/ , CHU de Nantes) propose un outil en ligne, qui fonctionne sous langage SQL.

Trois exemples sont proposés :
- La néonatalogie dans le Tarn sud
- La prise en charge des personnes âgées en MCO dans différents établissements
- Le lieu de soins des résidents pour un segment de soins (fuites)

Un rappel du chaînage est fait : un patient peut être suivi dans les 4 champs et les différentes années d'activité dans tous les établissements de soins, par son identifiant crypté ANO. Cet identifiant est généré par 2 passages de la fonction d'occultation des identifiants nominatifs (âge, sexe, numéro de sécurité sociale).
Un essai d'opérer sur la base chaînée n'a pas abouti pour le moment.

Un grand merci au Dr Steinbach pour cette brillante présentation qui est jointe en fichier pdf au CR.

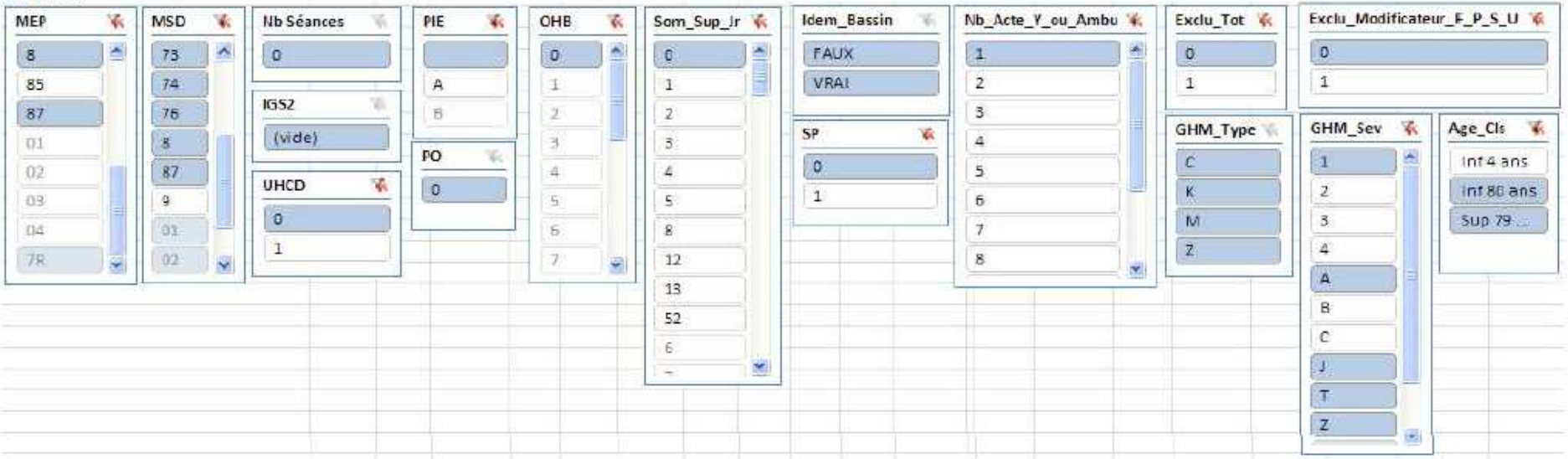
La séance se termine à 18H.

La prochaine réunion est prévue à l'ARS, le mardi 17 mars 2015 à 14h15 Salle Marie Curie (1er étage), 10 chemin du Raisin, Toulouse

PJ1 : document de travail chirurgie ambulatoire #5
Fichiers joint :
1 - ctl t2a_COTRIM 2014 11 18.pdf
2 - Utilisation_basesPMSI_JCS_2014_11_18.pdf

Extraction des Actes CCAM : liste des 216 actes de l'AM
Comparaison des 6 premiers mois des années 2013 et 2014

FILTRES :



Nombre d'ACTES (Liste 216)

9 Spécialités, 43 Gestes, 216 Actes CCAM	Nombre de Nuits 2013 0 Nuit	1 Nuit	2 Nuits	Sup 2 Nuits	Total 2013	Nombre de Nuits 2014 0 Nuit	1 Nuit	2 Nuits	Sup 2 Nuits	Total 2014	2013 %-CA Ligne	2013 %ACA Colonne	2014 %-CA	2014 %ACA-Tous Etab	Variation Volume ACA 2014/2013	Variation Volume Tot 2014/2013
01 - Orthopédie	6 794	512	224	123	7 653	7 010	419	145	73	7 647	88,8%	17,8%	91,7%	20,4%	3,2%	-0,1%
02 - Digestif	1 785	611	638	334	3 368	1 909	559	555	277	3 300	53,0%	4,7%	57,8%	5,6%	6,9%	-2,0%
03 - Gynéco-Sénologie	6 840	667	236	54	7 797	7 167	582	216	45	8 010	87,7%	17,9%	89,5%	20,8%	4,8%	2,7%
04 - Urologie	1 972	109	92	42	2 215	1 999	151	102	29	2 281	89,0%	5,2%	87,6%	5,8%	1,4%	3,0%
05 - Vasculaire	3 694	479	451	157	4 781	3 737	406	392	158	4 693	77,3%	9,7%	79,6%	10,9%	1,2%	-1,8%
06 - OPH	8 603	936	242	21	9 802	3 586	345	89	6	4 026	87,8%	22,5%	89,1%	10,4%	-58,3%	-58,9%
07 - ORL	1 337	165	333	73	1 908	1 464	273	199	57	1 993	70,1%	3,5%	73,5%	4,3%	9,5%	4,5%
08 - Stomatologie	6 561	400	82	14	7 057	6 710	325	49	8	7 092	93,0%	17,2%	94,6%	19,5%	2,3%	0,5%
09 - Peau/TM	649	121	69	44	883	808	109	70	36	1 023	73,5%	1,7%	79,0%	2,3%	24,5%	15,9%
Total général	38 235	4 000	2 367	862	45 464	34 390	3 169	1 817	689	40 065	84,1%	100,0%	85,8%	100,0%	-10,1%	-11,9%

2013 0 Nuit	1 Nuit	2 Nuits	Sup 2 Nuits	Total 2013	2014 0 Nuit	1 Nuit	2 Nuits	Sup 2 Nuits	Total 2014
38 235	4 000	2 367	862	45 464	34 390	3 169	1 817	689	40 065
84,1%	8,8%	5,2%	1,9%	100%	85,8%	7,9%	4,5%	1,7%	100%